ACHTERGROND EN TOELICHTING BIJ KEUZES NIEUWE RICHTLIJN VOOR ALCOHOLGEBRUIK

Alcohol is een schadelijke stof. Om de risico's van alcoholgebruik te beperken, drink je best niet meer dan 10 standaardglazen per week.

Wil je geen risico lopen, dan drink je beter geen alcohol. Als je wel alcohol drinkt, spreid je dit gebruik best over meerdere dagen in de week en drink je een aantal dagen niet.

Deze richtlijn is bedoeld voor mannen en vrouwen boven de 18 jaar.

Jongeren onder de 18 jaar drinken best geen alcohol.

Als je zwanger wil worden, tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoedings-periode is geen alcohol drinken de veiligste optie.

1. Wat is het doel van deze richtlijn?

Het gaat hier om een preventieve richtlijn. De bedoeling is om de bevolking te sensibiliseren over de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik met duidelijke en onderbouwde informatie.

2. Waarom een nieuwe richtlijn over alcoholgebruik?

De oude richtlijn was gedateerd en aan herziening toe. De laatste jaren zijn er immers heel wat nieuwe inzichten over de risico's van alcoholgebruik bekend geraakt (zie vraag 5). Op basis van deze nieuwe inzichten pasten verschillende landen hun richtlijnen al aan.

3. Wat zijn de uitgangspunten?

Bij het opstellen van de richtlijn werd gezocht naar een evenwicht tussen wetenschappelijke evidentie en accepteerbaarheid. Dit is al in veel landen gebeurd[1]. Omdat alcoholgerelateerde problemen multifactorieel zijn, werd uitgegaan van een *risicobenadering vanuit verschillende invalshoeken*: lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, welzijn en veiligheid.
Een belangrijk argument daarbij is dat mensen het recht hebben op informatie over risico's van alcoholgebruik.

Voor alcoholgebruik wordt in Europa een mortaliteitsrisico* aanvaard van 1 op 100 (omwille van de hoge acceptatiegraad van alcoholgebruik). Voor ander vrijwillig gesteld gedrag (vb. roken, skiën, …) hanteert men doorgaans een lager risico van 1 op 1.000.
Bij het gezondheids- en mortaliteitsrisico wordt er geen schade aan anderen in rekening gebracht.[2]

Voor een uitgebreid overzicht van de risico's die (overmatig) alcoholgebruik met zich meebrengt, zie Dossier Alcohol (VAD, 2015).[21]

** Mortaliteitsrisico is het risico dat een individu loopt om te sterven aan een bepaald gedrag.*

4. Hoe kwam de richtlijn tot stand?

De nieuwe richtlijn is gebaseerd op:
- Wetenschappelijke literatuur
- Recente richtlijnen van andere landen
- Analyses van het alcoholgebruik in Vlaanderen
- Accepteerbaarheid van de richtlijn
- Duidelijkheid en communiceerbaarheid van de richtlijn

Een groep experten uit de preventie- en hulpverleningssector bekeek de wetenschappelijke literatuur en formuleerde een voorstel tot consensus.
De Algemene Vergadering van VAD keurde de consensus unaniem goed in juni 2016.
Deze Algemene Vergadering bestaat uit vertegenwoordigers van alle organisaties in Vlaanderen die bezig zijn met middelenproblematiek.

De laatste jaren zijn er heel wat nieuwe inzichten gerezen over de gezondheids- en mortaliteitsrisico's van alcohol.

5. Welke nieuwe evidentie is er?

De laatste jaren zijn er heel wat nieuwe inzichten gerezen over de gezondheids- en mortaliteitsrisico's van alcohol. Zo linkt de WHO ondertussen meer dan 200 ziekten en verwondingen in de ICD-10 aan alcoholgebruik.[3] Het kankerverwekkende effect bij het drinken van alcohol wordt ook steeds meer aangetoond (zie ook vraag 12).[4]

6. Heeft matig alcoholgebruik een beschermend effect?

Tot voor kort ging men er nog van uit dat de risico's op mortaliteit door alcoholgebruik weergegeven konden worden door een J-curve. Dit betekende dat matige drinkers een lager mortaliteitsrisico hadden dan niet-drinkers. Stockwell en collega's deden in een recente reviewstudie een nieuwe analyse van de onderzoeken en kwamen tot de conclusie dat er van het beschermend effect van alcohol geen sprake meer kon zijn. Dit had te maken met de samenstelling van de groep niet drinkers in de onderzoeken. Aangezien veruit de meeste mensen drinken, is het moeilijk om een gezonde groep niet-drinkers als controlegroep samen te stellen.

Vaak werden in de groep niet-drinkers ook ex-drinkers opgenomen of personen die omwille van ziekten stopten met alcoholgebruik. Daarmee vergeleken hadden matige drinkers een gezondheidsvoordeel: hun relatieve risico op mortaliteit was lager. Wanneer deze personen uit de groep niet-drinkers worden gehaald vervalt het gezondheidsvoordeel van matig drinken.
Er is dan eerder sprake van een lineair dosisgerelateerd verband.[5, 6]

De mate van risico op sterfte loopt met andere woorden op met de hoeveelheid gedronken alcohol. Vanuit gezondheidsperspectief is er dus geen rechtvaardiging om het drinken van bepaalde hoeveelheden aan te raden. Er zijn bijgevolg geen gezondheidsvoordelen bij matig drinken.

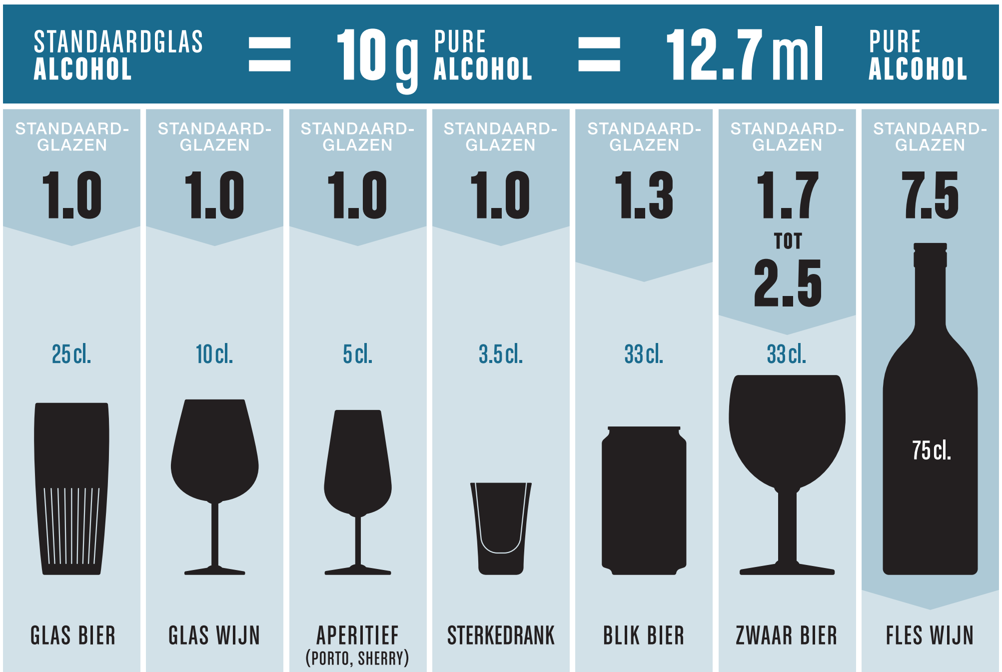
7. Wat is een standaardglas?

Eén standaardglas komt overeen met 10g pure alcohol of ongeveer 12,7ml pure alcohol.
Het aantal standaardglazen dat je drinkt, hangt af van de grootte van het glas en de sterkte van de alcoholische drank. Om de hoeveelheid alcohol per gedronken eenheid te berekenen, wordt de volgende formule gebruikt: (volume in ml x % alcoholvolume x 0,789)/100 = gram pure alcohol.

In België staat een glas pilsbier van 250 ml met een alcoholvolume van 5% voor ± 1 standaardglas, want (250 ml x 5% x 0,789)/100 = 9,863 g pure alcohol.
Een zwaar bier van 33 cl daarentegen komt overeen met 1,7 tot 2,5 standaardglazen.

Een internationale vergelijking maken is niet vanzelfsprekend, aangezien het aantal gram alcohol per standaardglas verschilt tussen de landen. Bovendien spreekt men in sommige landen over dag-, en in andere landen over weeklimieten. De meeste EU-landen hanteren 10g als standaardglas, ook de WHO geeft dit als standaard. Enkele uitzonderingen zijn o.a. het Verenigd Koninkrijk en Oostenrijk die respectievelijk 8g en 20g als standaardglas hanteren.[7, 8]

Figuur 1: standaardglas alcohol volgens de Belgische richtlijn

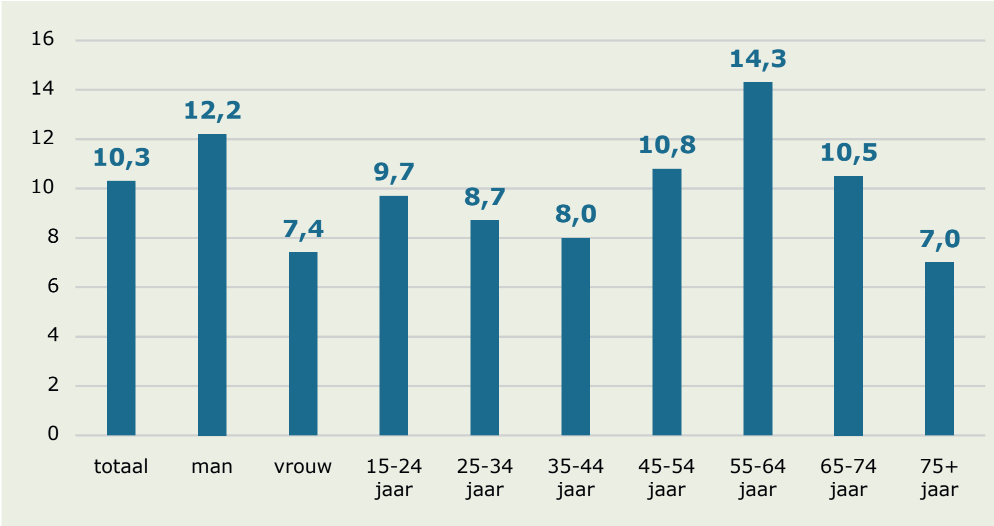


8. Waarom 10 standaardglazen per week?

De nieuwe richtlijn zoekt naar een evenwicht tussen de wetenschappelijke evidentie en accepteerbaarheid (zie vraag 3). Bij meer dan 10 standaardglazen lopen mensen meer gezondheidsrisico's en spreken we van 'riskant' gebruik.

Er werd gekeken naar de alcoholrichtlijnen van andere landen en gegevens van het alcoholgebruik in Vlaanderen. Uit de gegevens van de gezondheidsenquête 2013 (zie grafiek 1) blijkt duidelijk dat de nieuwe richtlijn aansluit bij het gemiddeld aantal glazen dat de wekelijkse drinkers in Vlaanderen drinken. 16% van de Vlaamse bevolking gebruikt geen alcohol.[9]
En daarnaast is er ook een groep die minder dan wekelijks drinkt. Door de nieuwe richtlijn hierbij te laten aansluiten verhogen we de accepteerbaarheid ervan.

Grafiek 1: gemiddeld aantal gedronken glazen alcohol per week door wekelijkse drinkers, Vlaams gewest 2013[9]



9. Waarom een wekelijkse en geen dagelijkse richtlijn?

Er zijn weinig argumenten om voor daglimieten te kiezen.[10] Enerzijds drinken de meeste mensen niet dagelijks, waardoor ze zich niet herkennen in een richtlijn voor dagelijks drinken. Anderzijds bestaat het gevaar dat men de daglimiet gaat interpreteren als de hoeveelheid die men per gelegenheid of elke dag kan drinken. Bovendien is dagelijks gebruik riskant omwille van gewoontevorming.

Een wekelijkse richtlijn geeft meer houvast voor personen bij wie de gedronken hoeveelheden verschillen per dag, geeft meer vrijheid voor de persoonlijke keuzes en invulling van de drinker en vergemakkelijkt ook de communicatie over de richtlijn.

10. Waarom geen onderscheid tussen mannen en vrouwen?

Mannen lopen een hoger risico op verkeersongevallen en kwetsuren door risicovol gedrag na het drinken van alcohol. Vooral jonge mannen hebben meer kans op acute risico's ten gevolge van alcoholgebruik. Mede daardoor ligt hun risico op alcoholgerelateerde mortaliteit hoger. Bij vrouwen kan de gezondheid op lange termijn dan weer meer beïnvloed worden door alcoholgebruik (bv. door biologische kwetsbaarheid op lange termijn, kanker, …).[10] Daarnaast komen stoornissen in het gebruik van alcohol meer voor bij mannen dan vrouwen.[11] Er sterven jaarlijks dubbel zoveel mannen als vrouwen aan de gevolgen van overmatig alcoholgebruik.[12]

Deze redenen maken dat ervoor werd gekozen om in de richtlijn geen onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen.

11. Waarom wordt in de richtlijn niet expliciet over bingedrinken gesproken?

Bingedrinken is zoveel drinken dat het bloedalcoholgehalte tot 0,8 promille stijgt. Dit komt bij mannen neer op 6 standaardglazen in 2 uur en bij vrouwen op 4 standaardglazen in 2 uur.[13] Dit drinkpatroon kan, zowel op lange als op korte termijn, schadelijke gevolgen met zich meebrengen.[14]

We nemen in deze richtlijn geen definitie op over bingedrinken en verwijzen niet naar hoeveelheden (standaardglazen alcohol) in uitzonderlijke situaties bv. feestjes. Dit omdat de richtlijn op zich duidelijk is: maximum 10 standaardglazen per week, gespreid over meerdere dagen met alcoholvrije dagen. Daarmee geven we impliciet al aan dat bingedrinken risico's inhoudt. Daarnaast maken we geen onderscheid meer tussen mannen en vrouwen (mannen doen meer aan bingedrinken, terwijl zij ook net meer kans hebben op acute risico's ten gevolge van alcoholgebruik ten opzichte van vrouwen).

12. Is er een veilige grens?

Ook met maximaal 10 standaardglazen per week heeft men geen garantie dat men geen gezondheidsrisico's loopt. Met betrekking tot het carcinogene effect wijst onderzoek uit dat zelfs het drinken van 1 of 2 consumpties per dag een significante toename veroorzaakt in het risico op keel-, strottenhoofd-, slokdarm-, lever-, borst-, alvleesklier-, dikke- en endeldarmkanker.[3] Zo verhoogt één glas alcohol per dag de kans op slokdarmkanker met 30 procent, en die van mond- en keelholte met 17 procent.[15] Daarom vermelden we vanuit het voorzichtigheidsprincipe in de richtlijn: 'Wil je geen risico lopen, dan drink je beter geen alcohol.'

13. Waarom advies over alcoholvrije dagen?

Om risico's te beperken en om gewoontevorming te voorkomen is het beter om het drankgebruik te spreiden en alcoholvrije dagen in te lassen. Vooral voor problematische drinkers wordt aangeraden om alcoholvrije dagen in te lassen. Zo krijgt het lichaam, en vooral de lever, de kans te recupereren.

14. Waarom advies over bepaalde groepen?

Richtlijnen zijn richtinggevend voor iedereen die de gezondheidsrisico's als gevolg van alcoholgebruik onder controle wil houden. De richtlijn is een preventieboodschap voor het algemene publiek. Individuele eigenschappen verschillen echter van persoon tot persoon en iedereen dient hier dan ook rekening mee te houden. Denk hierbij aan:

- Ouderen (zie verder).
- Jongvolwassenen tussen de 18 en 24 jaar.
- Personen die medicatie gebruiken.
- Personen die andere drugs gebruiken.
- Personen met al dan niet alcohol-gerelateerde gezondheidsproblemen die kunnen beïnvloed worden door alcoholgebruik.
- Personen met psychische problemen.
- Personen met laag lichaamsgewicht.
- Personen met een familiale voorgeschiedenis van alcoholproblemen.
  Zie Dossier Alcohol (VAD) voor meer info.

15. Waarom advies over zwangerschap?

Er is geen nieuwe evidentie om niet uit te gaan van het voorzichtigheidsprincipe wanneer het gaat over het advies over zwangerschap.[16] Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap geeft risico's van schade voor de ontwikkeling van het kind, wat betreft groeiachterstand, morfologische anomalieën, schade aan het zenuwstelsel met neurologische ontwikkelingsstoornissen tot gevolg.

- Er bestaat geen drempel (minimumdosis) waaronder alcoholgebruik werkelijk als gevaarloos voor het embryo of de foetus kan worden beschouwd.
- Alcohol is schadelijk voor de ontwikkeling in alle stadia van de zwangerschap, zelfs in de allereerste weken wanneer de vrouw nog niet weet dat ze zwanger is.
- De cognitieve tekorten en de gedragsproblemen voortvloeiend uit een prenatale blootstelling aan alcohol zijn langetermijneffecten (zelfs levenslang).
- De weerslag van prenatale blootstelling aan alcohol op de ontwikkeling van het embryo of de foetus kan aanzienlijk variëren in functie van de hoeveelheid opgenomen alcohol, de wijze van verbruik, het ontwikkelingsstadium van het embryo of de foetus, de gezondheids- en voedingstoestand van de moeder, het gebruik van andere psychotrope stoffen, de metabolische vermogens van de moeder en de individuele gevoeligheid van het ongeboren kind die op zijn beurt door het eigen genenbestand bepaald wordt.
- Al die schade aan de ontwikkeling is volledig te vermijden.

Zie ook brochures 'Alcohol en zwangerschap' (VAD) en 'Alcohol, tabak en drugs tijdens de zwangerschap' (VAD).

16. Waarom drinken jongeren onder de 18 jaar best geen alcohol?

Volgens de wetenschappelijke evidentie drinken jongeren best geen alcohol voor hun 25ste verjaardag. Naast de risicofactoren die ook voor volwassenen gelden, hebben jongeren omwille van hun leeftijd een aantal specifieke kwetsbaarheden:

- Kinderen en jongeren zijn kwetsbaarder voor de effecten van alcohol dan volwassenen. Ze zijn fysiek kleiner en ze hebben geen ervaring met alcohol en de effecten ervan.
- De adolescentie is een kritieke periode waarin bepaalde hersengebieden nog volop in ontwikkeling zijn (tot 25 jaar). Alcohol heeft hierop een verstorende werking. Dit kan leiden tot structurele veranderingen die blijvende functionele stoornissen tot gevolg hebben.
- Meisjes lijken gevoeliger voor de schadelijke effecten van alcohol op de hersenen dan jongens.
- Een vroege beginleeftijd van alcoholgebruik is een risico-indicator voor het ontstaan van alcoholproblemen op volwassen leeftijd. Het verhoogt de kans op negatieve fysieke en mentale gezondheidsproblemen en sociale problemen.
- Tijdens de adolescentie moet een aantal ontwikkelingstaken worden vervuld, zoals het leren omgaan met succes en mislukkingen, het construeren van een eigen identiteit, … Overmatig alcoholgebruik kan dit proces verstoren en leiden tot een (tijdelijke) ontwikkelingsstilstand.
- De adolescentie is een periode waarin jongeren instabiel zijn en het experiment opzoeken in hun zoektocht naar een eigen identiteit. Ook gebruik van alcohol (en andere drugs) kan hierbij horen, wat jongeren soms in risicovolle situaties brengt. Adolescenten beschikken vaak nog onvoldoende over de nodige sociale vaardigheden om (onder invloed) probleemsituaties ten gevolge van overmatig alcoholgebruik op te lossen.
- Het risico op ongevallen, verwondingen, geweld en zelfverwonding is hoog bij minderjarige drinkers.
- Er is een verband tussen alcoholgebruik en seksueel gedrag. Drinken verhoogt de kans op seksueel gedrag in bepaalde situaties, bijvoorbeeld tijdens een eerste afspraak, en is gerelateerd aan meer risicovol seksueel gedrag, zoals meerdere partners hebben en het minder ter sprake brengen van veilige seksuele contacten, en seksuele dwang.
- Langdurig, excessief gebruik van alcohol lijkt bij adolescenten te kunnen leiden tot verminderde prestaties op gebied van leren en geheugen.

Voor meer informatie zie 'Visietekst alcohol en jongeren' (VAD). Gezien er maatschappelijk geen draagvlak is om de grens van alcoholgebruik op 25 jaar te leggen, werd er geopteerd om 18 jaar als grens te gebruiken.

17. Waarom stemt de richtlijn niet overeen met de wetgeving?

De nieuwe richtlijn hanteert slechts twee leeftijdsgroepen: minderjarigen en meerderjarigen. Daarmee wijkt ze af van de huidige wettelijke regelgeving, die een onderscheid maakt tussen -16 jarigen, 16-18 jarigen en +18 jarigen.

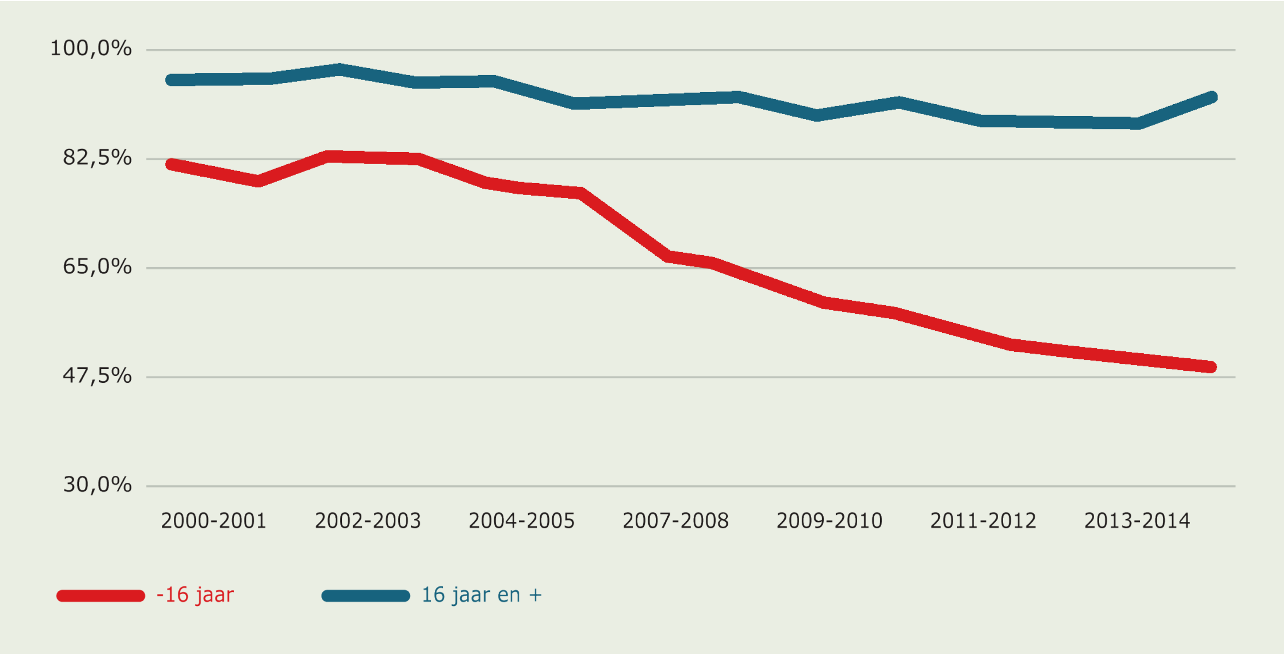
Voor meer informatie zie 'Wat zegt de wet over alcohol?' (VAD).

De richtlijn stelt dat jongeren onder de 18 jaar best niet zouden drinken. Deze leeftijdsbepaling vertrekt vanuit een gezondheidsperspectief. De Belgische wetgeving daarentegen stelt dat het verboden is om elke drank of product waarvan het effectief alcoholvolumegehalte hoger is dan 0,5% vol (zoals bier, wijn, …), te verkopen, te schenken of aan te bieden aan minzestienjarigen. Het is ook verboden om sterkedrank* te verkopen, te schenken of aan te bieden aan minachttienjarigen. De wetgeving biedt onvoldoende bescherming tegen gezondheidsrisico's voor jongeren.

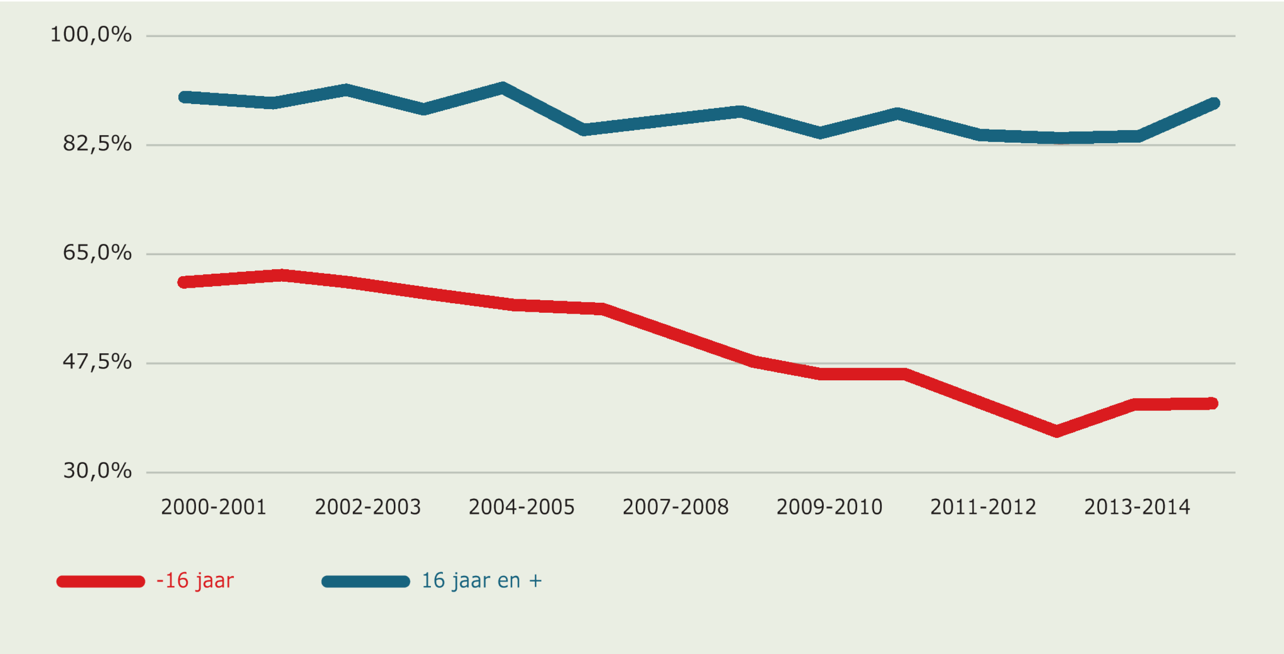
** Sterkedrank wordt gedefinieerd als gedestilleerde drank met een alcoholgehalte van meer dan 1,2% of gegiste drank van meer dan 22% vol.*

Het verhogen van de beginleeftijd van alcoholgebruik is belangrijk bij het voeren van effectief alcoholbeleid. Uit de VAD-leerlingenbevraging blijkt dat, met de wetswijziging op 31 december 2009 over de leeftijdsgrenzen voor het verkopen en schenken van alcohol aan jongeren, het ooitgebruik en het laatstejaarsgebruik van alcohol door jongeren onder de 16 jaar is blijven dalen (zie grafiek 2 en 3).[17]

Grafiek 2: evolutie ooitgebruik alcohol



Grafiek 3: evolutie laatstejaarsgebruik alcohol



Daarnaast is het zo dat de meeste EU-landen 18 jaar als minimumleeftijd voor de verkoop van alcohol hanteren (zowel voor zwakalcoholhoudende drank als sterkedrank).

Tabel 2:
Leeftijdsgrenzen voor de verkoop van alcohol in 28 Europese landen (2013)[18]

Land	WINKELVERKOOP		HORECAVERKOOP	
	zwak-alcohol-houdend	sterke drank	zwak-alcohol-houdend	sterke drank
België	16	18	16	18
Bulgarije	18	18	18	18
Cyprus	17	17	17	17
Denemarken	16	18	18	18
Duitsland	16	18	16	18
Estland	18	18	18	18
Finland	18	20	18	18
Frankrijk	18	18	18	18
Griekenland	18	18	18	18
Hongarije	18	18	18	18
Ierland	18	18	18	18
Italië	18	18	18	18
Kroatië	18	18	18	18
Letland	18	18	18	18
Litouwen	18	18	18	18
Luxemburg	16	19	16	16
Malta	17	17	17	17
Nederland	18	18	18	18
Oostenrijk	16	16*	16	16*
Polen	18	18	18	18
Portugal	18	18	18	18
Roemenië	18	18	18	18
Slovenië	18	18	18	18
Slowakije	18	18	18	18
Spanje	18	18	18	18
Tsjechië	18	18	18	18
Verenigd Koninkrijk	18	18	16	18
Zweden	18	20	18	18
EU landen met 18 jaars-grens of hoger	21	24	21	24

*in sommige delen van het land 18 jaar.

18. Waarom geen aparte richtlijn voor ouderen?

Ouderen hebben omwille van hun leeftijd een aantal specifieke kwetsbaarheden (fysiologische en metabolische veranderingen, gezondheidsproblemen, medicatiegebruik, psychosociale veranderingen en moeilijke detectie alcoholproblemen). Daardoor lopen ze meer kans op negatieve gevolgen van alcoholgebruik.

Desondanks kiezen we ervoor om geen aparte richtlijn te maken. Enerzijds omdat we in de internationale literatuur zien dat de meeste Europese landen geen aparte richtlijn voor ouderen hanteren. Anderzijds omdat de groep 'ouderen' een zeer heterogene groep is, aangezien het verouderingsproces sterk verschilt van persoon tot persoon.[19]

Op grond van bovenstaande vermelden we ouderen als risicogroep die beter voorzichtig omgaat met alcoholgebruik en advies vraagt aan een hulpverlener.

19. Waarom tips om kortetermijnrisico's te vermijden?

Kortetermijnrisico's zijn de directe risico's op schade, letsels en ongevallen (soms fataal), gekoppeld aan het drinken van een grote hoeveelheid alcohol bij één gelegenheid, wat vaak leidt tot dronkenschap.[20]

Volgende zaken gebeuren vaker als men te veel drinkt op één enkele gelegenheid[21]:
- ongevallen met letsel en mogelijks de dood tot gevolg
- foutieve beoordeling van risicovolle situaties
- verliezen van zelfbeheersing (bijvoorbeeld onveilige seks)afname van het denkvermogen
- grotere kans op black-outs en alcoholvergiftiging
- acute schade aan alle organen die rechtstreeks met de alcohol in aanraking komen (bijvoorbeeld de slokdarm en de maag)
- in korte tijd een stijging van de bloeddruk
- hartaandoeningen en herseninfarct doordat het bloed minder goed stolt
- nierfalen door uitdroging van het lichaam

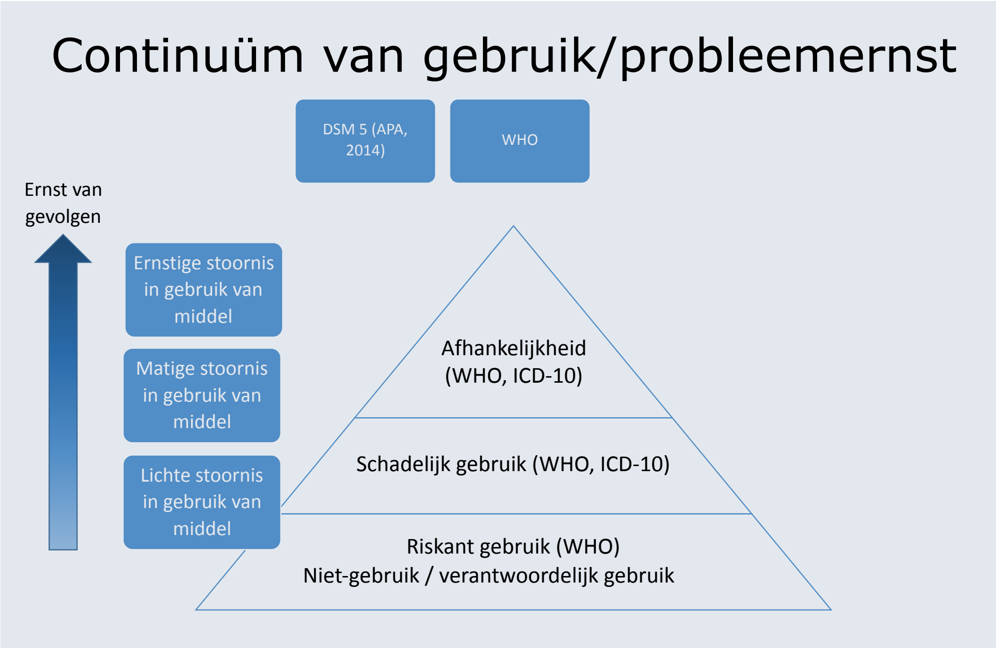
20. Waarom advies over bepaalde situaties?

Er is voldoende bewijs dat er gelegenheden/omstandigheden zijn waarin het raadzaam is om helemaal geen alcohol te drinken of om extra voorzichtig te zijn en veiligheidsmaatregelen te nemen. Dit onder andere bij situaties waarin het cognitief vermogen en de fysieke coördinatie niet mag worden verzwakt.[10] Voorbeelden hiervan zijn:
- Als men zich in het verkeer begeeft.
- Voor, tijdens en direct na fysieke inspanningen en sport.
- Bij het werken met machines, elektrische apparaten, ladders, enzovoort.
- Voor en tijdens het werk.
- Wanneer men verantwoordelijk is voor de veiligheid van anderen.
- Tijdens activiteiten waarbij alertheid en vaardigheden nodig zijn.

21. Is iemand die meer drinkt dan voorgeschreven in de richtlijn een problematische drinker?

Neen, op basis van het aantal standaardglazen kan men niet bepalen of iemand al dan niet een problematische drinker is. Indien men de persoon wil plaatsen op het continuüm van alcoholgebruik (zie figuur 2), dan kunnen we bij overschrijden van de richtlijn spreken van 'riskant' gebruik.

Figuur 2:
continuüm van gebruik/ probleemernst



22. Wat betekent deze nieuwe richtlijn voor screeningsinstrumenten?

Eigenlijk staan de richtlijn en screeningsinstrumenten los van elkaar.

Screeningsinstrumenten (bv. AUDIT, …) hebben tot doel om een indicatie op een ziekte of aandoening te vinden binnen grotere populaties. Na de screening moet eventueel een verder (klinisch) assessment en diagnosestelling gebeuren.

Deze preventierichtlijn daarentegen wil personen die ervoor kiezen om alcohol te drinken helpen bepalen wanneer en hoe(veel) men wil drinken door hen te wijzen op de risico's van alcoholgebruik.

De richtlijn heeft dus geen rechtstreekse invloed op de validiteit van screeningsinstrumenten. Binnen een klinische setting kan men er wel vanuit gaan dat er bij personen die de richtlijn overschrijden sprake is van riskant gebruik. Men kan bij deze populatie een kort advies geven of een kortdurende interventie opstarten (cfr continuüm alcoholgebruik).

Op basis van de AUDIT(-C) kan men berekenen hoeveel een persoon drinkt per week en kan de persoon gewezen worden op zijn/haar riskant gedrag bij overschrijden van de richtlijn.
Op basis van de oude richtlijn (14 standaardglazen voor vrouwen en 21 voor mannen) kregen vrouwen vaak een vals positieve score bij de interpretatie van de AUDIT. Zo kon een vrouw volgens de AUDIT(-C) riskant gebruiken en toch nog onder de richtlijn van 14 standaardglazen per week zitten. De nieuwe richtlijn van 10 standaardglazen zorgt voor meer consistentie.

Referenties

1 Rehm, J., Gmel, G., & Shield, K. D. (2015). Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries: Implications for low-risk drinking guidelines. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

2 Rehm, J., Lachenmeier, D.W., & Room, R. (2014). Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks?. BMC medicine, 12(1), 189.

3 World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization.

4 Shield, K., Rylett, M., & Rehm, J. (2016) Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014. Geneva: World Health Organization.

5 Stockwell, T., Zhao, J., Panwar, S., Roemer, A., Naimi, T., & Chikritzhs, T. (2016). Do 'moderate' drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. Journal of studies on alcohol and drugs, 77(2), 185-198.

6 Spits, M. (2016). De J-curve ontrafeld: gefundeerd bewijs zet het advies van de gezondheidsraad in een nieuw licht. Verslaving, 12, 3, 221-222.

7 Mongan, D., & Long, J. (2015). Standard drink measures throughout Europe; peoples' understanding of standard drinks and their use in drinking guidelines, alcohol surveys and labelling. Dublin: Health Research Board. RARHA.

8 Scafato, E., Galluzzo, L., Ghirini, S., Gandin, C., & Martire, S. (2016). Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results. RARHA. Geraadpleegd op 28 oktober 2016 van http://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf

9 Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2015). Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. https://hisia.wiv-isp.be/

10 Department of Health (2016). Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers. Department of Health Geraadpleegd op 23 mei 2016 van https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/489797/CMO_Alcohol_Report.pdf

11 World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization

12 De Donder, E., & Möbius, D. (2015). Factsheet alcohol. Brussel: VAD.

13 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2008). Binge Drinking and Europe. Hamm: DHS.

14 Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. A report for the European Commission. Londen: Institute of Alcohol Studies

15 Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., ... & Pelucchi, C. (2013). Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. Annals of oncology, 24(2), 301-308.

16 Hoge Gezondheidsraad (HGR). (2009). Risico's van alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en gedurende de borstvoedingsperiode. Publicatie van de Hoge Gezondheidsraad, nr 8462, Brussel: Hoge Gezondheidsraad.

17 Melis, S. (2016). VAD-leerlingenbevraging in het kader van een Drugbeleid Op School. Syntheserapport schooljaar 2014-2015. Brussel: VAD.

18 Mulder, J., & de Greeff, J. (2013). Eyes on Ages. A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research. Utrecht: STAP.

19 Crome, I., Wu, L.T., Rao, R.T., & Crome, P. (2015) Substance use and older people. John Wiley & Sons.

20 Department of Health (august 2016). UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines. Geraadpleegd op 27 oktober 2016 van https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs__report.pdf

21 VAD (2015). Dossier Alcohol. Brussel: VAD. Geraadpleegd op 26 oktober 2016 van http://www.vad.be/assets/2031